

ISCRIZIONE AL REGISTRO COMUNALE DELLE DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO – D.A.T.

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Provincia _____

il _____ residente a _____ Provincia _____

in Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ Codice Fiscale _____

Telefono _____ Cellulare _____

E-mail _____

agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle responsabilità penali nelle quali posso incorrere in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del decreto sopracitato,

DICHIARO

☐ di consegnare la mia Dichiarazione Anticipata di Trattamento (D.A.T.) contenente la mia volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso informato od il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche ed a singoli trattamenti sanitari, in busta chiusa e sigillata all'Ufficio dello Stato civile del Comune di Canolo (RC);

☐ avere a tale scopo utilizzato l'apposito modello predisposto dal Comune stesso, integro in tutte le sue parti;

☐ redatto scrittura privata a forma libera;

☐ di aver inserito nella busta, insieme alla D.A.T., copia:

☐ del solo mio valido documento d'identità, in quanto non prevedo di nominare alcun fiduciario;

☐ del valido documento d'identità del fiduciario di seguito indicato che farà le mie veci e mi rappresenterà nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie, che ha accettato la mia nomina;

☐ del valido documento d'identità del fiduciario supplente di seguito indicato, incaricato di assolvere alla funzione del fiduciario qualora quest'ultimo si trovi nell'impossibilità di provvedere, che ha accettato la mia nomina;

☐ che il fiduciario è il

Sig./Sig.ra Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ Provincia _____

il _____ residente a _____ Provincia _____

in Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ Codice Fiscale _____

Telefono _____ Cellulare _____

E-mail _____

☐ che fiduciario supplente è il:

Sig./Sig.ra Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ Provincia _____

il _____ residente a _____ Provincia _____

in Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ Codice Fiscale _____

Telefono _____ Cellulare _____

E-mail _____

☐ di aver consegnato al fiduciario una copia della D.A.T.;

☐ di essere a conoscenza che l'incarico di fiduciario potrà essere revocato in qualsiasi momento con le stesse modalità previste per la nomina e senza obbligo di motivazione;

☐ di essere a conoscenza che le D.A.T. possono essere rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento;

☐ di essere a conoscenza che nel caso in cui il fiduciario indicato vi rinunci o sia divenuto incapace o sia deceduto, la D.A.T. mantiene efficacia in merito alla mia volontà;

☐ di non aver indicato alcun fiduciario e di essere informato che in caso di necessità il giudice tutelare provvederà alla nomina di un amministratore di sostegno, ai sensi del capo I del titolo XII del libro I del codice civile;

☐ di essere a conoscenza che, oltre al/alla sottoscritto/a, le persone autorizzate ad acquisire informazioni sui dati contenuti nel Registro sono i seguenti:

a) il medico di famiglia del/della dichiarante

b) i medici che avranno in cura il/la dichiarante

c) il fiduciario ed il supplente del fiduciario

d) (il notaio che ha rogato l'atto pubblico ovvero autenticato la scrittura privata)

e) i seguenti eredi: _____

f) _____

☐ di essere consapevole che ai sensi del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) ora GDPR (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati Personali) 2016/679, il trattamento delle informazioni rese, effettuabile anche con strumenti informatici, sarà eseguito esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene da me rilasciata e sarà improntato a principi di correttezza, liceità, trasparenza, nella tutela del diritto alla riservatezza.

☐ preso atto del contenuto dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali

☐ ACCONSENTO

☐ NEGO IL CONSENSO

affinché il Comune di Canolo (RC) provveda ad inviare copia informatica della presente D.A.T. alla Banca dati nazionale istituita presso il Ministero della salute con D.M. 10 dicembre 2019, n.168.

Canolo, lì _____

Firma intestatario _____

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

Prot. _____

La presente dichiarazione è stata sottoscritta, in data odierna, dal/dalla Sig. _____

_____ innanzi al sottoscritto _____,

Ufficiale di Stato Civile del Comune di Canolo (RC), previa identificazione avvenuta mediante:

_____.

e viene registrata, nella medesima data, al n. _____.

Si dà atto che la busta viene consegnata a quest'Ufficio dello Stato civile, chiusa e sigillata, recante all'esterno il cognome e nome del/la dichiarante, sulla quale ho provveduto ad apporre il numero di cronologico corrispondente a quello d'iscrizione riportato nel registro.

Canolo, _____

L'Ufficiale dello Stato civile
